بسمه تعالی

تعرفه های دندانپزشکی عمومی

در مطب سال 1404

تاریخ اجرا: 1404/01/01

بانک ملت

اداره کل رفاه و جبران خدمت

اداره بهداشت و سلامت

خدمات تشخیصی ، رادیوگرافی ، خدمات اولیه

شرح	نرخ تعرفه سال1404	کد
1– ویزیت و طرح درمان	خارج از پوشش بیمه	
2– رادیوگرافی حداکثر دو کلیشه گرافی از یک ناحیه، در یک جلسه درمان، قابل پرداخت است.	PA و BW 1.592.800 اکلوزال 2.534.400 لترال سفالومتری ،OPG 3.836.800و پانورکس(پانورامیک)	
3–خارج نمودن دندان دائمی(قدامی–خلفی–عقل)	7.850.000	D7140
4– درای ساکت	10.181.000	D9930
5– پالپوتومی اورژانس *	17.707.000	D3221
6–چسباندن روکش قدیمی(سالی یکبار برای هر دندان)	8.873.000	D2920
7–چسباندن بریج قدیمی (بدون در نظر گرفتن تعداد پایه ها) (شماره پایه ها و پونتیکها ذکر شود.)	12.564.000	D6930
8– جرمگیری کامل هر فک(بزرگسالان)	7.630.000	D4346/1
10– بروساژ هر فک(بزرگسالان)	3.245.000	D1110/1
13–درناژ آبسه داخل یا خارج دهان (شامل تمام مراحل درمان)	13.292.000	D7511
14– بخیه مستقل تا 5cm (بجز موارد جراحی)	15.218.000	D7911

توضیحات:

*توضیح ردیف5: شامل تمام مراحل درمانی و پانسمان می باشد و هزینه خدمت مورد نظر همراه با هزینه درمان ریشه اگر (توسط همان پزشک انجام شود) قابل پرداخت نمی باشد .

*توضیح خدمات جرمگیری و بروساژ: هزینه این خدمت با فاصله هر 12 ماه قابل پرداخت بوده و لازم به ذکر است جرم گیری صرفا برای افراد 12ساله و بالاتر، قابل پرداخت است .

مهم در خصوص مراکز ودندانپزشکان طرف قرارداد، پرداخت هرگونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی، منوط به تأیید بیمار در ظهر نسخه(پس از انجام کار) می باشد .

خدمات بخش ترمیمی

شرح	نرخ تعرفه سال 1404	کد
1– ترمیم یک سطحی با آمالگام (گلوبال)	17.682.000	D2140
2– ترمیم دو سطحی با آمالگام (گلوبال)	20.771.000	D2150
3– ترمیم سه سطحی با آمالگام(گلوبال)	25.528.000	D2160
4– بازسازی کامل تاج با آمالگام(Build up) (گلوبال)*	28.253.000	D2161
5– ترمیم نوری یک سطحی (قدامی–خلفی) (گلوبال)	20.297.000	D2330 D2391
6– ترمیم نوری دو سطحی (قدامی) (گلوبال)	24.296.000	D2331
7– ترمیم نوری دو سطحی(خلفی) (گلوبال)	25.146.000	D2392
8– ترمیم نوری سه سطحی(قدامی) (گلوبال)	28.268.000	D2332
9– ترمیم نوری سه سطحی(خلفی) (گلوبال)	29.883.000	D2393
10– بازسازی کامل تاج با کامپوزیت(Build up) (قدامی) (گلوبال)*	30.189.000	D2335
11– بازسازی کامل تاج با کامپوزیت (Build up) (خلفی) (گلوبال)*	41.214.000	D2394
12–پین (داخل کانال یا عاج)یا فایبرپست به ازای هر دندان(گرافی پایان کار)	7.194.000	D2951
13– خارج کردن پست یا پین داخل کانال	12.556.000	D2955

توضیحات:

*توضیح ترمیمها: درصورت انجام دوترمیم روی یک دندان، به ترمیم با سطوح بیشتر یک سطح اضافه می شود و در صورت تقاضای هزینه معادل بیلداپ،ارائه گرافی بعد از کار الزامی است .

*توضیح بیلداپ: هزینه بیلدآپ در ترمیم دندان های اندو شده MOD ، ترمیم دندان های با بیش از دوکاسپ ریداکت شده ، ترمیم دندان قدامی اندو شده کلاس چهار ،ترمیم چهارسطحی یا بیشتریا شامل زاویه اینسایزال قدامی، قابل پرداخت است. جهت پرداخت هزینه بیلدآپ ، ارائه گرافی بعد از ترمیم کامل تاج الزامی است.

مهم* در خصوص مراکز ودندانپزشکان طرف قرارداد، پرداخت هرگونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی منوط به تأیید بیمار در ظهر نسخه (پس از انجام کار) می باشد .

گلوبال: در کلیه موارد ترمیمی(ردیفهای ۱ تا 11) هزینه کف بندی در تعرفه های ترمیم، لحاظ شده است.

نکته: انجام خدمت ترمیم زیر یکسال یک دندان قابل محاسبه و پرداخت نمی باشد.

خدمات بخش درمان ریشه

شرح	نرخ تعرفه سال 1404	کد
الف: درمان ریشه*		
درمان ریشه دندانهای قدامی(3–2–1)	24.625.000	D3310
درمان ریشه دندانهای پری مولار(5–4)	28.204.000	D3320
درمان ریشه دندانهای مولار(8–7–6)	34.079.000	D3330
ب: درمان ریشه مجدد *		
درمان ریشه مجدد دندانهای قدامی(3–2–1)	28.440.000	D3346
درمان ریشه مجدد دندانهای پری مولار(5–4)	33.429.000	D3347
درمان ریشه مجدد دندانهای مولار(8–7–6)	40.555.000	D3348
پ: Apexogenesis (هر دندان)(گرافی قبل)	19.606.000	D3222
ج: Apexification به ازای هر دندان(کل جلسات) *(گرافی پایان کار)	22.027.000	D3352
د: رزکسیون و رتروگرید ریشه *		
رزکسیون(اپیکو) و رتروگرید ریشه دندانهای قدامی(3–2–1)	23.533.000	D3410
رزکسیون(اپیکو) و رتروگرید ریشه دندانهای پری مولار(5–4)	25.730.000	D3421
رزکسیون(اپیکو) و رتروگرید ریشه دندانهای مولار(8–7–6)	27.795.000	D3425
درمان پرفوراسیون با MTA یا cem-cement(گرافی پایان کار)	20.468.000	D3333

توضیحات:

1– ارسال رادیوگرافی حین درمان(یا قبل از درمان)و پایان درمان ریشه جهت پرداخت هزینه درمان ریشه الزامی است ، در صورت عدم ارسال رادیوگرافی فقط هزینه ای معادل تعرفه پالپوتومی قابل محاسبه و پرداخت می باشد .

2–هزینه درمان مجدد ریشه (ری اندو)با ارسال رادیوگرافی قبل و بعد درمان قابل پرداخت است.

*ج : هزینه خدمت مذکور شامل بازکردن دندان ، آماده سازی فضای کانالها و جاگذاری دارو و همچنین درآوردن داروی داخل کانال همراه با کلیه رادیوگرافی های مورد نیاز می باشد.

*د : جهت پرداخت هزینه های رزکسیون و رتروگرید ریشه ارسال رادیوگرافی قبل و بعد از درمان الزامیست.
همچنین در صورت قطع نمودن انتهای ریشه، تمیز نمودن ناحیه و ترمیم انتهای ریشه با مواد مناسب ضروریست.

نکته: اندو دندانی که نیاز به ری اندو زیر یکسال داشته باشند، مشمول کسورات می شود.

مهم در خصوص مراکز ودندانپزشکان طرف قرارداد، پرداخت هرگونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی منوط به تأیید بیمار در ظهر نسخه (پس از انجام کار)می باشد .

خدمات بخش پروتز

شرح	نرخ تعرفه سال 1404	کد
1– پروتز کامل هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)	189.446.000	D5110 D5120
2–پروتز پارسیل کروم کبالت هر فک (تأییدیه قبل از شروع درمان)	172.806.000	D5213 D5214
3–پروتز پارسیل آکریلی فک بالا(3 تا 5 دندان)(تأییدیه قبل از شروع درمان)	97.234.000	D5211
4–پروتز پارسیل آکریلی فک پایین(3 تا 5 دندان)(تأییدیه قبل از شروع درمان)	95.353.000	D5212
5–هر دندان اضافه به پروتز کامل (تأییدیه قبل از شروع درمان)	26.685.000	D5520
6–هر دندان اضافه به پروتز پارسیل*(تأییدیه قبل از شروع درمان)	27.535.000	D5650
7–پروتز ثابت هر واحد* (تأییدیه قبل از شروع درمان)	61.016.000	D2752
8–پونتیک * (تأییدیه قبل از شروع درمان)	52.504.000	D6241
9– پروتز پارسیل فلکسی هر فک(تأییدیه قبل از شروع درمان)	159.008.000	D5225 D5226
10–Postریختگی هر واحد (ارسال گرافی پایان کار)	31.872.000	D2952
11–ریلاین پروتز کامل هر فک	39.722.000	D5730 D5731
12–ریلاین پروتز پارسیل هر فک	33.872.000	D5740 D5741
13–ری بیس پروتز کامل فک بالا (تأییدیه قبل از شروع درمان)	65.800.000	D5710
14–ری بیس پروتز کامل فک پایین(تأییدیه قبل از شروع درمان)	63.919.000	D5711
15– نایت گارد سخت (تأییدیه قبل از شروع درمان)	35.682.000	D9944
16–نایت گارد نرم(تأییدیه قبل از شروع درمان)	31.253.000	D9945
17– تعمیر پروتز کامل هر فک(تأییدیه قبل از شروع درمان)	29.941.000	D5512 D5511
18–تعمیر پروتز پارسیل هر فک(تأییدیه قبل از شروع درمان)	20.821.000	D5612 D5611
19– بیرون آوردن(یا بریدن) بریج یا روکش	12.243.000	D9120
20– فلیپر آکریلی فک بالا (حداکثر تا 2 دندان)–(دنچر فوری پارسیل)	40.828.000	D5221
21–فلیپر آکریلی فک پایین(حداکثر تا 2 دندان)–(دنچر فوری پارسیل)	41.423.000	D5222
22–مریلند بریج(تأییدیه قبل از شروع درمان)	61.016.000	D2752

توضیحات:

توجه مهم: کلیه خدمات بخش پروتز، غیر از موارد 10، 11، 12و 19 نیاز به اصل تأیید پزشک معتمد بانک قبل از شروع درمان دارد.

*** توضیح ردیف 6 : در صورت انجام پروتز پارسیل آکریلی بیش از 5 دندان برای بیمار، هزینه دندانهای اضافه، حداکثر تـا سقف تعرفه پروتز کامل پرداخت خواهد شد.**

*** توضیح ردیف 7و8 : خدمات مذکور شامل تمام جلسات درمان(تراش و قالبگیری و ساخت تمپ ، امتحان فریم ، امتحان پرسلن ، تحویل موقت و سمان دائم) می باشد همچنین در کلیه درمان های پروتز هزینه لابراتور لحاظ شده و جداگانه از بیماران قابل اخذ نخواهد بود.**

خدمات بخش جراحی و پریو

شرح	نرخ تعرفه سال 1404	کد
1– جراحی دندان و یا ریشه نهفته یا ریشه باقیمانده در نسج نرم ❋(گرافی قبل)	20.480.000	D7230
2– جراحی دندان و یا ریشه نهفته یا ریشه باقیمانده در نسج سخت ❋(گرافی قبل)	27.946.000	D7241
3– آلوئولوپلاستی نیم فک (1/4 دهان) ❋(گرافی قبل)	20.880.000	D7321
4– فرنکتومی یا فرنوتومی (ذکر ناحیه مورد عمل الزامی است)	20.068.000	D7960
5– فلپ نیم فک (1/4 دهان) ❋حداقل 4 دندان	27.028.000	D4240
6– فلپ 1/6 دهان ❋ 1 تا 3دندان	22.507.000	D4241
7–جراحی افزایش طول تاج(صرفاً جهت دندان کاندید روکش)(گرافی قبل)❋	23.754.000	D4249
8– جراحی دونیم سازی دندان(همی سکشن)❋(گرافی قبل و پایان کار)	18.727.000	D3920
9– جراحی قطع کامل ریشه (آمپوتاسیون)به ازاء هر ریشه❋(گرافی قبل و پایان کار)	19.117.000	D3450
10– جراحی کیست و یا تومورهای کوچک(ادنتوژنیک) تا قطر 1.25 cm(گرافی قبل) جراحی کیست و یا تومورهای کوچک(غیرادنتوژنیک) تا قطر 1.25 cm (گرافی قبل و گزارش پاتولوژی)	22.053.000 21.968.000	D7450 D7460
11– جراحی کیست و یا تومورهای با قطر بیشتر از 1.25 cm(گرافی قبل و گزارش پاتولوژی)	25.925.000	D7461
12– وستیبولوپلاستی (صرفاً پیش از انجام پروتز کامل و با ارسال گرافی قبل، قابل پرداخت است.)	41.580.000	D7350
13– دیستال وج ❋(گرافی قبل)	22.025.000	D4274
14–ژنژیوکتومی یا ژنژیوپلاستی(نیم فک) –(برداشتن لثه آزاد)–جهت ترمیم زیر لثه	16.482.000	D4211
15–اسپلینت جراحی (گرافی پایان کار و گزارش پاتولوژی)	28.712.000	D5988
16–پیوندآزاد لثه تا سه دندان	41.857.000	D4277
17–پیوند آزاد لثه به ازای هر دندان اضافه در محل پیوند	19.328.000	D4278
18–جراحی دندان رویش یافته انکلیوز(جوش خورده به استخوان)❋ (گرافی قبل)	18.197.000	D7210
19–اکسپوز کردن(اکسپوژر) تاج دندان(صرفاً برای تسهیل رویش دندان نهفته)(گرافی قبل)	20.138.000	D7280
20–بیوپسی بافت نرم دهان (گزارش پاتولوژی)	14.720.000	D7286
21– بیوپسی بافت سخت استخوان یا دندان(گرافی قبل و گزارش پاتولوژی)	17.349.000	D7285
22–درآوردن ایمپلنت(گرافی قبل و بعد از جراحی)	25.832.000	D6100
23–اسپلینت موقت(دندانهای لق–خارج تاجی)	26.207.000	D4321
24–پیوند جایگزینی استخوان نیم فک(برای موارد غیر ایمپلنت)(تأییدیه قبل از شروع درمان و گرافی قبل)	23.520.000	D4263

توضیحات:

توصیه می گردد برای خدمات بخش جراحی، قبل از شروع درمان، تأییدیه گرفته شود و به جهت دریافت هزینه ها ارسال اصل برگ تاییدیه الزامی است

***توضیح ردیف1: قسمتی از تاج با استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم موکوپریوستال و بخیه موضع دارد. هزینه فلپ و بخیه درمحاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد. جهت پرداخت هزینه، گرافی قبل از درمان الزامی است.**

***توضیح ردیف2: تمام یا بیشتر تاج توسط استخوان پوشیده شده و نیاز به فلپ نسج نرم و برداشت استخوان و بخیه موضع می باشد. هزینه فلپ و بخیه در محاسبات لحاظ شده و جداگانه محاسبه نخواهد شد. جهت پرداخت هزینه ، گرافی قبل از درمان الزامی است.**

***توضیح ردیف3: همراه با کشیدن قابل پرداخت نبوده و جهت پرداخت هزینه گرافی قبل از درمان الزامی است.**

***توضیح ردیفهای5و6: به منظور فراهم آوردن شرایط مناسب جهت دبریدمان سطح ریشه و برداشت بافت گرانولیشن انجام می شود.**

***توضیح ردیف7: همزمان با فلپ و سایر جراحیها قابل پرداخت نمی باشد،درصورت انجام خدمت افزایش طول تاج با دستگاه الکتروسرجری، 50٪ کد D4249 نیز قابل محاسبه و پرداخت می باشد.**

***توضیح ردیفهای8و9:اگر یک ریشه از دندان چند ریشه ای را قطع کنیم ، چنانچه تاج دست نخورده بماند ،روت آمپوتیشن و در صورتیکه قطع ریشه ها به جدا شدن تاج بیانجامد همی سکشن خواهد بود.**

***توضیح ردیف13: این جراحی صرفاً در دندانی که مزیال یا دیستال آن بدون دندان است انجام می شود و همزمان با سایر جراحیها و کشیدن، قابل پرداخت نمی باشد.**

***توضیح ردیف18: درآوردن دندان رویش یافته با جراحی که نیازمند کنارزدن فلپ موکوپریوستال برداشتن استخوان و یا سکشن دندان است.**

هزینه بخیه در جراحی ها به صورت جداگانه قابل پرداخت نمی باشد

خدمات بخش ارتودنسی

شرح	نرخ تعرفه سال 1404	کد
1– ارتودنسی متحرک هر فک	127.185.000	D8060
2– ارتودنسی ثابت هر فک	237.665.000	D8070
3– پلاک فانکشنال ❊	شرح هزینه در توضیحات	D8060
4– هدگیر، Chin cap ، Face mask	29.722.000	D8210
5– ریتینر ارتودنسی هر فک(ثابت – متحرک)	38.514.000	D8680

توضیحات:

تمامی خدمات صدرالاشاره نیاز به تأیید دندانپزشک معتمد بانک دارد .

❊هزینه درمان فانکشنال معادل ارتودنسی متحرک دو فک پرداخت می شود.

توجه: بیمار فقط از یکی از دو درمان پلاک فانکشنال یا ارتودنسی متحرک می تواند استفاده کند.

مهم❊ در خصوص مراکز ودندانپزشکان طرف قرارداد، پرداخت هرگونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی منوط به تأیید بیمار در ظهر نسخه (پس از انجام کار) یا پایین برگه تأییدیه می باشد.

خدمات بخش دندانپزشکی اطفال

شرح	نرخ تعرفه سال 1404	کد
1– فیشور سیلنت دندان دائمی(تا 3 سال پس از رویش دندان دائمی قابل پرداخت است.)	10.372.000	D1351
2– پالپوتومی دندان شیری	17.707.000	D3220
3–کشیدن دندان شیری	7.635.000	D7111
4– (بروساژ هر فک اطفال)*	3.944.000	D1120/1
5–بروساژ دو فک اطفال* (پروفیلاکسی)	7.888.000	D1120
6– فلورایدتراپی هر فک*	3.959.000	D1206/1
7–فلورایدتراپی دو فک*(وارنیش فلورواید یا ژل)	7.918.000	D1206
8– فلورایدتراپی و بروساژ دو فک*	15.806.000	D1206/2
9– S.S.C(روکش استیل)(گرافی یا فتوگرافی پایان کار)*	24.335.000	D2930
10– sm (فضا نگهدار)متحرک یکطرفه (گرافی یا فتوگرافی پایان کار)	27.153.000	D1520
11–sm (فضا نگهدار)متحرک دوطرفه (گرافی یا فتوگرافی پایان کار)	32.328.000	D1526 D1527
12–sm (فضا نگهدار) ثابت یک طرفه (بندلوپ)(گرافی یا فتوگرافی پایان کار)	28.988.000	D1510
13–sm (فضا نگهدار) ثابت یک طرفه Distal shoe (گرافی یا فتوگرافی پایان کار)	25.951.000	D1575
14–sm(فضا نگهدار)ثابت(دو طرفه)فک بالا یا فک پایین(گرافی یا فتوگرافی پایان کار)	36.792.000	D1516 D1517
15–پالپکتومی دندان شیری قدامی	12.171.000	D3230
16–پالپکتومی دندان شیری خلفی	15.038.000	D3240
17–اسپلینت موقت(دندانهای لق–خارج تاجی)	26.207.000	D4321

توضیحات:

***فلورایدتراپی و بروساژ اطفال:** حداکثر سالی دو بار، قابل پرداخت است.

توضیح مورد9: شامل ترمیم زیر روکش، نیز می باشد و هزینه ترمیم زیر روکش استیل، جداگانه قابل پرداخت، نمی باشد.

توضیح: منظور از اطفال، فرزندان همکار زیر 12 سال می باشند.

مهم* در خصوص مراکز ودندانپزشکان طرف قرارداد، پرداخت هرگونه هزینه انجام خدمات دندانپزشکی اطفال منوط به تأیید (خانواده)بیمار در ظهر نسخه (پس از انجام کار)می باشد .

توصیه های ضروری برای مراکز محترم دندانپزشکی:

1. **ابتدا تعرفه ها و توضیحات آنها با دقت مطالعه گردد.**
2. **قبل از انجام هر خدمتی از همراه داشتن دفترچه(کنترل دفترچه از حیث اعتبار و تطبیق عکس دفترچه با مراجعه کننده)مطمئن شوید.**
3. **نسخ با تاریخ مخدوش و محتوای حاوی قلم خوردگی غیر قابل بررسی می باشد.**
4. **خدماتی که در تعرفه ها نیستند(مثل لمینت کامپوزیت یا کامپوزیت ونیر) غیر قابل پرداخت هستند.**
5. **نوشتن اقدام درمانی بجای اقدام درمانی دیگر یا گرفتن تفاوت از بیمار،ممنوع است.**
6. **قبل از انجام هر خدمتی، نیاز ویا عدم نیاز به گرفتن تأییدیه از درمانگاه بانک، در برگه های تعرفه بررسی گردد.**
7. **بیمار قبل از شروع درمان، به طور ساده، از درمانی که قرار است برایش انجام شود آگاه گردد.**
8. **از کندن برگه از دفترچه بیمار یا گرفتن تأیید و امضا از بیمار، قبل از انجام کار خودداری گردد در صورت مشاهده هزینه ها از پزشک کسر خواهد شد.**
9. **پرداخت هزینه نسخ منوط به درج تاریخ،مهر و امضای پزشک و گواهی بیمار پشت نسخه و برای مواردی که نیاز به تاییدیه دارند ارسال اصل برگ تاییدیه الزامی است.**

   تاریخ نسخه باید تاریخ شروع کار نوشته شده درنسخه باشد ، همچنین توصیه می گردد کارهایی که در روزهای متفاوتی شروع شده، در نسخ جداگانه نوشته شود(مثلاً اگر شروع درمان ریشه بیمار در تاریخ 1402/03/31 باشد و ترمیم بیمار در تاریخ 1402/04/01 صورت گیرد، لازم است درمان ریشه دریک نسخه با تاریخ 1402/03/31 و ترمیم در نسخه دیگر با تاریخ 1402/04/01 باشد)
10. **تغییر پزشک: قابل توجه کلینیکها ودرمانگاه های دندانپزشکی در هر نسخه، خدمات یک پزشک نوشته شود. لذا در صورت تغییر پزشک، نسخه جدیدی استفاده شود.**
11. **بهتر است خدماتی که نیاز به تأییدیه دندانپزشک معتمد بانک دارد و خدماتی که نیاز به تأییدیه ندارد در نسخ جداگانه نوشته شود.**
12. **ایمپلنت طرف قرارداد نیست و جهت انجام آن ضمن اطلاع رسانی به بیمار،هزینه ها به صورت آزاد با ایشان محاسبه گردد.**

چگونگی گرفتن تأیید انجام کار از بیمار یا سرپرست بیمار:

در مورد کلیه خدماتی که نیاز به تأییدیه دندانپزشک معتمد بانک دارد(مثل بعضی از خدمات بخشهای پروتز، جراحی و ارتودنسی)، لازم است مرکز نسبت به دریافت تأییدیه، قبل از شروع به کار، اقدام نماید. ضمناً تاریخ نسخه باید تاریخ شروع به کار و بعد از گرفتن تأییدیه، باشد.همچنین لازم است پس از انجام کار،(مثلاً انجام جراحی یا تحویل روکش،پست،ارتودنسی و غیره)، بیمار یا سرپرست بیمار، موارد خدمات انجام شده را در پایین برگه تأییدیه(با ذکر تعداد،تاریخ و تلفن)،گواهی و امضاء نماید. به عنوان مثال: بریج 3 واحدی در تاریخ ... تحویل اینجانب ...گردید .(همراه با امضاءو تلفن) ،جراحی افزایش طول تاج دو دندان برای اینجانب...در تاریخ ...انجام گردید.(همراه با امضاءو تلفن)،ارتودنسی متحرک فک بالا در تاریخ ... تحویل فرزند اینجانب ... گردید.(همراه با امضاءو تلفن) در مورد خدماتی که نیاز به أخذ تأییدیه از دندانپزشک معتمد ندارد نیز، تاریخ نسخه ، تاریخ شروع درمان می باشد لیکن گواهی بیمار یا سرپرست بیمار در ظهر نسخه خواهد بود. به عنوان مثال: ترمیم دو دندان شیری برای فرزند اینجانب... در تاریخ... انجام شد.(همراه با امضاءو تلفن)

13. **پرداخت نسخ دندانپزشکی در کلینیک ها منوط به درج مهر پزشک و مهر کلینیک می باشد.**
14. **مراکز(کلینیکها و درمانگاهها) باید از انجام کار توسط پزشکی که مهرش روی نسخه زده شده است اطمینان یابند و امضاء نسخه، صرفاً توسط پزشک صاحب مهر انجام گیرد.**
15. **بهتر است مرکز نسبت به ارسال نسخ، بصورت ماهانه اقدام نمایند.**

قبل از ارسال نسخ به نکات زیر توجه فرمایید:

نسخ ارسالی از لحاظ داشتن تاریخ، تعرفه، جمع نسخه در پایین نسخه، مهرها و امضاء، بررسی مجدد گردد.

شماره دندانها ، چند سطحی بودن ترمیم و موارد مشابه در نسخ با وضوح ذکر گردیده باشد.

همراه پاکت ارسالی، نامه ای(در سرنسخه پزشک یا نامه مخصوص کلینیک) خطاب به اداره بهداشت و سلامت ، حاوی تعداد نسخ (نه تعداد نفرات) و مبلغ دقیق درخواستی(جمع نسخ، به ریال) ارسال گردد.

ضمناً در صورت هرگونه ابهام با شماره 82962759 –021 و یا 6– 02182963303–021

داخلی 123 تماس بگیرید.